

WZÓR

(Pieczęć zgłaszającego
podejrzanie choroby zawodowej)

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny*)
Okręgowy Inspektor Pracy*)
W

Zgłoszenie podejrzenia choroby zawodowej

Imię i nazwisko data urodzenia

Adres zamieszkania

numer ewidencyjny PESEL

Aktualne zatrudnienie (nazwa pracodawcy, adres, numer
identyfikacyjny REGON *)

.....
rencista - emeryt – bezrobotny *)

Miejsce zatrudnienia, w którym wystąpiło zagrożenie będące powodem zgłoszenia podejrzenia choroby
zawodowej (pełna nazwa pracodawcy - zakładu pracy, adres, numer identyfikacyjny REGON)

.....
Stanowisko i rodzaj pracy

Pełna nazwa choroby zawodowej, której dotyczy zgłoszenie
.....

Pozycja w wykazie chorób zawodowych

Rodzaj narażenia zawodowego, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej

.....
Okres narażenia zawodowego na czynniki, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej

.....
Uzasadnienie podejrzenia choroby zawodowej

.....
Data

.....
Imię i nazwisko osoby zgłaszającej
podejrzanie choroby zawodowej

***) Niepotrzebne skreślić.**